

**BOSNA I HERCEGOVINA
FEDERACIJA BOSNE I HERCEGOVINE
ZENIČKO-DOBOJSKI KANTON
GRAD VISOKO
GRADSKA IZBORNA KOMISIJA**

Broj: 02/1-86/24
Visoko, 21.08.2024. godine

**O B A V I J E S T
O GLASANJU PUTEM MOBILNOG TIMA
ZA LOKALNE IZBORE 2024.GODINE**

Gradska izborna komisija Visoko obavještava birače da će na dan Lokalnih izbora 2024.godine, koji će se održati 06.10.2024. godine, organizovati glasanje putem mobilnog tima, za birače koji su vezani za svoje domove zbog starosti, bolesti ili invaliditeta u njihovim domovima.

U cilju izrade biračkog spiska birača koji će glasati u svojim domovima putem mobilnog tima, potrebno je izvršiti prijavu u Centru za birački spisak Grada Visoko – zgrada gradske uprave Visoko, kancelarija 16.

Uz prijavu je potrebno priložiti:

1. Pisanu izjavu birača da na dan izbora želi da glasa u svom domu putem mobilnog tima,
2. Medicinsku dokumentaciju o bolesti ili invaliditetu birača kao uslov za njegovo kućno liječenje i nemogućnost glasanja na biračkom mjestu.

Na osnovu izvršenih prijava, a u skladu sa članom 19. Pravilnika o upotrebi i izradi Izvoda iz Centralnog biračkog spiska, Gradska izborna komisija Visoko, će sačiniti plan i izvršiti obilazak prijavljenih birača.

Prijava se može izvršiti u roku od sedam dana od dana ove objave, a najkasnije do 29.08.2024. godine.

Sve dodatne informacije mogu se dobiti na telefon broj: 032/732 502 ili 032/732 500, kontakt osoba je Muhamed Halilbegović (CBS).



Dostaviti:

- Oglasna ploča Gradske uprave Visoko
- Web stranica
- RTV Visoko
- JU Centar za socijalni rad Visoko
- a/a

ZAH TJE V I I ZJ AVA
ZA GLASANJE PUTEM MOBILNOG TIMA

Ja, _____ rođen/a _____ u _____,
(prezime i ime, ime oca) (datum rođenja) (mjesto rođenja)

JMB _____, sa prebivalištem u BiH,
(obavezno navesti JMB)

na adresi Visoko, _____.

PODNOŠIM OVAJ ZAH TJE V ZA GLASANJE PUTEM MOBILNOG TIMA I

IZJAVLJUJEM

da zbog starosti ili bolesti ili invaliditeta nisam u mogućnosti glasati na **redovnom biračkom mjestu** i želim da glasam putem Mobilnog tima na gore navedenoj adresi u osnovnoj izbornoj jedinici 116 A Visoko.

Uz zahtjev prilažem: prateću medicinsku dokumentaciju o bolesti ili invaliditet.

Molim da me kontaktirate na broj: _____
(obavezno navesti broj telefona)

Datum, ____ .08.2024.godine

POTPIS DAVAOCA IZJAVE
